DISSERTATION

N° 46.

SUR

L'ASTHME;

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 17 mars 1826, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR A. BINET, de Dieppe,

Département de la Seine-Inférieure;

Ex-Élève des hôpitaux et hospices civils.

Qui benè judicat, benè curat.
BAGLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1826.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

MESSIEURS

LANDRÉ-BEAUVAIS, DOYEN.
ALIBERT, *Président.*
BERTIN.
BOUGON.
BOYER.
CAYOL, *Suppléant.*
CLARION.
CRUVEILHIER.
DENEUX.
DÉSORMEAUX.
DUMÉRIL.
DUPUYTREN.
FIZEAU.
FOUQUIER.
GUILBERT, *Examinateur.*
LAENNEC, *Examinateur.*
MARJOLIN, *Examinateur.*
ORFILA.
PELLETAN FILS.
RÉCAMIER.
RICHERAND.
ROUX.

Professeurs honoraires.

CHAUSSIER.
DE JUSSIEU.
DES GENETTES.
DEYEUX.
DUBOIS
LALLEMENT.
LEROUX.
MOREAU.
PELLETAN.
PINEL.
VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

ADELON.
ARVERS.
BRESCHET.
CAPURON.
CHOMEL.
CLOQUET AÎNÉ.
COUTANCEAU.
DE LENS.
GAULTIER DE CLAUBRY.
GÉRARDIN.
GUERSENT, *Suppléant.*
JADIOUX.
KERGARADEC.
MAISONNABE.
MOREAU.
MURAT.
PARENT DU CHATELET.
PAVET DE COURTEILLE.
RATHEAU.
RICHARD.
RULLIER.
SÉGALAS.
SERRES, *Examinateur.*
THÉVENOT, *Examinateur.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MATRI.

Silentium facundius quàm verbum.

A. BINET.

DISSERTATION

SUR

L'ASTHME.

L'asthme est aujourd'hui assez généralement regardé comme une maladie nerveuse. Cependant on l'a souvent confondu, et on le confond encore tous les jours avec la dyspnée symptomatique qui accompagne la plupart des lésions organiques de la poitrine, et c'est ainsi qu'on fait d'un symptôme une entité pathologique. En examinant les opinions des divers auteurs qui ont écrit sur l'asthme, on y voit régner la plus grande confusion. *Arétée* est le premier, chez les anciens, qui ait bien tracé les caractères distinctifs de cette maladie ; mais il était réservé aux modernes d'en compléter l'histoire.

Hoffmann, tout en reconnaissant un asthme convulsif, n'a présenté dans ses observations que quelques-uns des traits qui conviennent à cette affection ; souvent même il lui assigne des caractères qui appartiennent plutôt à l'hydrothorax ou aux anévrismes du cœur. *Willis* admet également un asthme convulsif, et il fonde son opinion sur ce qu'ayant ouvert un individu mort pendant un accès, il trouva tous les organes parfaitement sains. Mais ne s'est-il pas arrêté aux premières apparences d'intégrité que les organes respiratoires lui ont présentées ?

Vanhelmont a donné à cette affection le nom de *cadue du poumon*, et l'a considérée comme existant sans aucune cause manifeste, et par une lésion particulière des nerfs pulmonaires.

Floyer, qui était atteint d'un asthme essentiellement nerveux, est assez exact tant qu'il se borne à décrire sa maladie ; mais son ouvrage renferme de graves erreurs relatives à d'autres atshmatiques chez lesquels il a évidemment confondu le véritable asthme avec la dyspnée symptomatique ; et de là ces théories ridicules qui viennent compliquer les faits, et laissent des doutes sur leur exactitude. La complication de ses formules jette aussi la plus grande incertitude sur les principes du traitement.

Cullen, en rapportant l'asthme aux affections nerveuses, a distingué cette maladie en idiopathique et en symptomatique. Il est certain que, dans la plupart des cas, l'asthme n'est que le symptôme d'une lésion organique de la poitrine, et dès-lors cette dénomination est vicieuse, puisqu'elle donne l'idée d'un être pathologique existant par lui-même et indépendamment de toute autre affection, tandis qu'elle ne devrait servir, d'après son étymologie, qu'à exprimer une simple difficulté de la respiration. C'est dans ce sens que M. *Pinel* a dit qu'il y avait peu d'asthmes, mais beaucoup d'affections asthmatiques ou dyspnéiques.

M. *Rostan*, ayant constamment trouvé, dans les autopsies qu'il a faites à la Salpêtrière, un anévrisme du cœur, une ossification des valvules aortiques, ou une lésion des poumons, en a conclu que l'asthme était toujours symptomatique, et que celui qu'on appelait *nerveux* n'était que le premier degré de ces diverses maladies. M. *Corvisart* avait déjà prouvé qu'une grande partie des affections qu'on désigne sous ce nom sont des maladies du cœur ou des gros vaisseaux, et tous les praticiens qui ont ouvert quelques cadavres s'accordent en outre à reconnaître que les asthmes dits *humides* ne sont que des catarrhes chroniques. Telle est aussi l'opinion de M. *Laennec* : il pense que l'usage du cylindre fera reconnaître un jour que plusieurs autres espèces d'asthmes, regardés jusqu'à présent comme nerveux, dépendent d'altérations organiques encore peu connues, au moins dans leurs effets. Il ajoute que l'emphysème du poumon est de ce nombre, et constitue l'espèce d'asthme la plus com-

mune. L'auteur précité ne nie pourtant pas qu'il ne puisse exister des dyspnées nerveuses et sans aucune lésion organique de la poitrine ou des autres parties qui servent à la respiration ; mais il les attribue alors à un état particulier du fluide nerveux, ou au besoin d'une oxygénation plus forte que celle qui suffit à un homme sain. Il range encore dans la catégorie des dyspnées nerveuses l'asthme convulsif, existant avec des intervalles pendant lesquels la respiration est libre, et revenant par attaques qui ont un paroxsyme tous les soirs, et dont la rémission se fait dans la matinée suivante après une légère expectoration. Mais il demande si l'on ne pourrait pas regarder cet asthme convulsif comme une variété intermittente de l'espèce de catarrhe chronique qui est la cause la plus ordinaire de l'emphysème du poumon. En effet, pour peu que l'intermittence ne soit pas complète, les symptômes de la maladie qui nous occupe ne diffèrent pas sensiblement de ceux qui appartiennent à l'emphysème.

Enfin M. le docteur *Broussais* pense que l'asthme n'est qu'un accident de l'irritation des viscères, irritation qui, quoique permanente, peut produire des phénomènes intermittens.

Quoi qu'il en soit de toutes ces opinions, nous croyons que, dans l'état actuel de la science, on peut définir l'asthme, une affection spasmodique et périodique de la poitrine, ou plutôt des organes de la respiration, avec anhélation habituelle plus ou moins prononcée, et accès de suffocation plus ou moins intenses. Cette définition a été donnée par M. *Lullier Winslow* dans le Dictionnaire des sciences médicales. L'asthme peut encore être défini, une dyspnée périodique sans fièvre, avec resserrement de la poitrine, respiration sifflante et toux. M. le docteur *Brée*, dans ses Recherches pratiques sur les désordres de la respiration, regarde l'asthme comme une contraction excessive des muscles respirateurs, sans fièvre aiguë, contraction qui est déterminée par une irritation de quelques-uns des viscères aux fonctions desquels ces muscles participent. D'où l'on voit qu'on peut tout aussi bien rapporter la constriction spasmodique qui carac-

térise un accès d'asthme au système nerveux pulmonaire ou bronchique qu'au système nerveux costal.

Après avoir défini l'asthme, après avoir indiqué sa nature et son siége, il nous reste à considérer cette maladie sous le rapport des causes ou des agens qui peuvent en provoquer le développement, ensuite sous le rapport des phénomènes qui la distinguent, et enfin sous le rapport des moyens qui peuvent lui être opposés avec plus ou moins de succès. Cette division comprendra donc l'étiologie, la symptomatologie et le traitement de l'asthme.

1.° *Causes.*

La cause prochaine de l'asthme, c'est la stase du sang dans les poumons par suite d'un obstacle à la circulation. Cet obstacle tient-il à un état particulier des nerfs qui se distribuent aux organes de la respiration, ou, comme le pensait *Cullen*, à une constriction contre nature des fibres musculaires des bronches qui s'oppose à leur dilatation ; ou enfin, suivant une opinion plus moderne, à des lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux, à la formation de corps étrangers dans ces parties, à des pneumonies, etc.? On peut également admettre ces deux hypothèses, en accordant l'existence d'un asthme idiopathique ou essentiellement nerveux, et d'un asthme symptomatique, qui ne sera plus la maladie principale. Cependant, s'il nous était permis de prendre un parti, nous serions plutôt porté, d'après les faits, à regarder l'asthme comme le symptôme d'une autre affection que comme une névrose indépendante de toute espèce d'altérations organiques.

Mais, arrivons aux autres causes de l'asthme, qu'on a distinguées en *prédisposantes* et en *occasionnelles*. Parmi les premières, les unes agissent sur les poumons eux-mêmes, en empêchant leur développement; les autres s'opposent aux mouvemens de dilatation des parois thoraciques, ou aux mouvemens de contraction et de relâchement du diaphragme. Ainsi les vices de conformation du thorax,

les gibbosités, l'obésité, l'usage inconsidéré des corsets chez les femmes, l'augmentation de volume des viscères abdominaux, notamment de la rate et du foie ; l'habitude de vivre dans une atmosphère chargée de matières pulvérulentes, de vapeurs métalliques ; une chaleur ardente, comme celle des fours et des fourneaux, des usines, des fonderies ; telles sont les causes prédisposantes les plus ordinaires de l'asthme. Certaines professions y prédisposent également, comme celles de perruquiers, de boulangers, de tailleurs de pierres, de cardeurs.

Ramazini, dans son Essai sur les maladies des artisans, traduit par *Fourcroy*, range l'asthme parmi les affections auxquelles les mineurs, les doreurs, et tous ceux qui travaillent les métaux, sont le plus exposés.

On admet aussi l'hérédité comme cause prédisposante ; et en effet, l'observation nous démontre qu'on peut recevoir de ses parens une constitution qui se rapproche de la leur, et être par cela même plus disposé qu'aucun autre à contracter la maladie dont ils étaient atteints. Mais il n'est pas certain cependant qu'on la contractera, surtout si l'on ne s'expose pas aux causes qui peuvent déterminer cette maladie.

Quant aux causes occasionnelles, elles consistent surtout dans les vicissitudes atmosphériques. Ainsi on rencontre l'asthme chez des personnes qui habitent des lieux froids et humides, des climats où règne une température variable, comme l'Angleterre ou toute autre contrée exposée aux vents de mer. L'impression brusque d'un air froid, une asphyxie incomplète, un accès de colère, la suppression d'une évacuation habituelle, la répercussion d'une maladie cutanée, une métastase arthritique, des fièvres intermittentes, des catarrhes, des péripneumonies, les chaleurs excessives de l'été, celle des appartemens, une réunion trop nombreuse dans un petit local, l'usage des liqueurs spiritueuses, des alimens crus ou épicés, des odeurs fortes, etc., sont autant de causes capables de déterminer des accès d'asthme. On peut y joindre les affections morales vives, qui agissent

d'autant plus fortement sur les asthmatiques que leur système nerveux est plus exalté. On a cherché à se rendre compte de la grande irascibilité de ces malades, en admettant que chez eux le plus léger *stimulus* allait retentir au cœur et rendait ses contractions plus énergiques.

Si maintenant nous voulons examiner comment deux températures directement opposées, le froid et le chaud, peuvent produire les mêmes effets, c'est-à-dire déterminer des accès d'asthme, nous verrons d'abord que le froid agit en refoulant à l'intérieur le sang des vaisseaux capillaires, et que la congestion sanguine qui s'opère alors sur les poumons devient un obstacle à la circulation générale, qui se ralentit; d'où il résulte que la respiration ne doit plus se faire avec la même liberté. On sait, en effet, qu'en passant brusquement d'un lieu chaud dans un autre beaucoup plus froid, on éprouve souvent des palpitations, et même un étouffement qui peut aller jusqu'à la syncope. Le froid humide agit aussi en resserrant les exhalans de la transpiration et en accumulant les humeurs au-dedans. L'action de la chaleur produit bien aussi un engorgement considérable des vaisseaux pulmonaires, mais c'est en relâchant les solides et en favorisant l'expansion des fluides. La difficulté de la respiration, dans les grandes chaleurs de l'été, ne pourrait-elle pas également dépendre, suivant M. *Laennec*, d'un besoin plus grand d'oxygénation, parce que l'air dilaté par le calorique contient relativement moins d'oxygène?

Il est d'observation que les accès d'asthme arrivent plutôt la nuit que le jour, sans qu'on puisse en donner une explication satisfaisante, à moins qu'on ne veuille admettre avec M. *Rostan* que la sécrétion du mucus bronchique, étant plus abondante pendant la nuit, devient un obstacle de plus à la respiration.

2.° *Symptômes.*

Les symptômes principaux de l'asthme sont, comme nous l'avons déjà dit, une respiration habituellement courte et gênée, avec difficulté ou même impossibilité de marcher vite et de monter les degrés. C'est surtout dans la position horizontale que la gêne de la respiration devient plus manifeste. Le malade éprouve des retours périodiques de suffocation ; ces retours sont plus ou moins fréquens, et ont lieu particulièrement aux approches ou dans les premières heures de la nuit. Ils sont annoncés par des bâillemens, des pandiculations, de la somnolence, des gonflemens de ventre, un sentiment de plénitude, des nausées, des pulsations à la région épigastrique, de la morosité, etc. D'autres fois l'invasion est subite et marquée par des douleurs vagues, par une gêne plus grande de la respiration ; le malade est obligé de se tenir assis sur son lit, la tête penchée en avant ; il cherche un air froid ; sa poitrine est resserrée ; on entend une espèce de sifflement pendant les efforts d'inspiration et d'expiration ; les sons sont entrecoupés et à peine articulés ; le visage est ordinairement pâle ; quelquefois cependant il est rouge et gonflé ; les traits sont altérés ; le pouls reste naturel, rarement il devient fébrile ; l'expectoration se fait difficilement ; les urines sont abondantes, mais peu colorées.

Si l'accès est très-intense, on observe un refroidissement sensible des pieds et des mains ; le malade éprouve des défaillances ; à chaque inspiration, ses épaules sont fortement élevées ; quelquefois il survient des vomissemens d'une bile porracée.

Les mêmes symptômes continuent pendant la nuit, et même une partie de la matinée. Alors la respiration devient moins laborieuse ; la poitrine se développe plus librement ; l'expectoration est aussi plus facile, l'urine plus foncée, et quelquefois sédimenteuse. Mais le malade conserve toujours un sentiment de constriction du thorax, avec anhélation au moindre mouvement, et tension flatueuse de

l'estomac après les repas. Vers minuit, l'accès se renouvelle avec les mêmes phénomènes que le précédent, ou plutôt ce sont de simples paroxysmes dont la succession compose un accès. La rémission est d'autant plus complète que l'expectoration est plus considérable.

La durée des accès n'a rien de fixe. La longueur des intervalles qui les séparent paraît subordonnée à leur intensité. On conçoit d'ailleurs qu'elle doit varier suivant que le malade prend plus ou moins de précautions pour se dérober aux causes déterminantes des accès, et aussi suivant la température, la constitution du sujet, les circonstances où il se trouve et le régime qu'il suit. Cependant on a remarqué que les accès devenaient plus fréquens à mesure que la maladie faisait des progrès; que la respiration était presque continuellement gênée et la marche très-pénible; que le moindre exercice mettait le malade hors d'haleine. A une certaine époque, le rapprochement des accès est tel, qu'il n'y a plus d'intermittence. C'est alors que surviennent ordinairement l'hydrothorax, l'ascite, l'œdème, etc. Presque jamais, chez les vieillards, l'asthme ne se termine par le retour à la santé : il reste toujours de la toux, une respiration anhéleuse, et les symptômes s'aggravent au point de rendre impuissans tous les secours de l'art. Néanmoins, comme cette affection ne fait que des progrès lents et successifs, on peut espérer de prolonger fort long-temps les jours du malade, surtout s'il sait se soustraire à tout ce qui peut ramener les accès, comme les émotions vives, les changemens brusques dans la température, les alimens indigestes, les vêtemens trop serrés sur la poitrine, etc.

On a cru observer que l'asthme suivait quelquefois régulièrement les changemens de lune; que, dans d'autres circonstances, ses périodes étaient irrégulières : ainsi les unes sont de trois semaines, les autres de trois ou quatre mois, ou bien les accès reviennent tous les jours pendant plusieurs mois. *Cullen* parle d'un gentilhomme dont les paroxysmes se reproduisaient tous les après-midi, et qui, le matin, se trouvait assez bien pour aller visiter ses amis; ce qui semblerait prouver que les retours des accès chez les asthmatiques

ont lieu avec des circonstances différentes suivant les idiosyncrasies, c'est-à-dire suivant les dispositions particulières qui font que chaque individu est affecté d'une manière qui lui est propre par les causes qui agissent sur l'économie animale.

3.° *Complications.*

Les complications les plus ordinaires de l'asthme sont les catarrhes pulmonaires, les pneumonies, les pleurésies chroniques. Souvent aussi, lorsque la maladie est ancienne, les malades se plaignent de douleurs à l'épigastre; ils rendent des crachats muqueux mêlés de sang. L'anévrisme du cœur et des gros vaisseaux, la phthisie, sont encore des complications fréquentes de l'asthme; en un mot, toutes les lésions organiques de la poitrine peuvent se rattacher à cette maladie, ainsi que nous l'avons déjà fait observer. Quant à l'hydrothorax, à l'œdème, à l'ascite, etc., ce sont plutôt des terminaisons que des complications de l'asthme. On les remarque particulièrement à la suite des anévrismes du cœur parvenus au troisième degré; mais l'asthme n'est plus alors que symptomatique.

4.° *Diagnostic.*

Le diagnostic de l'asthme proprement dit est assez facile; mais il n'en est pas de même du diagnostic des maladies qui l'occasionnent. Nous avons établi qu'il existait toujours un obstacle à la circulation, et nous avons expliqué par cette cause la difficulté de la respiration. Mais de quelle nature est cet obstacle? A-t-il son siége dans le cœur ou dans les gros vaisseaux, dans la plèvre ou dans les poumons? Tient-il à un simple spasme nerveux, ou bien à une lésion organique des viscères thoraciques? Ces circonstance sont assez importantes à déterminer, puisqu'elles nécessitent des modifications plus ou moins nombreuses dans le traitement. Nous pensons toutefois qu'avec un peu d'attention le praticien exercé pourra facilement éviter l'erreur, et distinguer une dyspnée purement

nerveuse d'un catarrhe chronique, d'une pneumonie latente ou d'un anévrisme du cœur, etc. J'ai cependant encore aujourd'hui sous les yeux un exemple du contraire. Il s'agit d'une dame de la province, qui est évidemment atteinte d'un catarrhe pulmonaire chronique enté sur une constitution très-irritable, et que son médecin, par un aveuglement bien singulier, s'obstine à traiter, depuis nombre d'années, pour un asthme essentiel qu'elle n'a jamais eu. Tel est du moins le nom qu'il donne et qu'il a toujours donné à la maladie.

5.° *Prognostic.*

Quoique le prognostic de l'asthme soit assez grave, on aurait tort de regarder cette affection comme nécessairement mortelle. Au contraire, on a dit qu'elle était pour certains malades un brevet de longue vie, ce qui ne doit s'entendre que des asthmes nerveux. Dans tous les cas, la guérison en est toujours très-difficile. Du reste, il est évident que le prognostic doit varier suivant les causes de la maladie, suivant l'âge plus ou moins avancé des malades, leur constitution plus ou moins détériorée, le degré d'ancienneté de l'asthme, ses complications, etc. L'asthme invétéré et l'asthme héréditaire sont à peu près incurables. Cette affection est, en général, moins rebelle chez les jeunes gens que chez les vieillards; elle est suffocante pour les enfans. Le prognostic devient extrêmement fâcheux lorsqu'elle dégénère en hydrothorax, en hémoptysie ou en phthisie. *Baglivi* prononce qu'elle est mortelle par sa complication avec une pneumonie ou une pleurésie. *Asthmate laborantibus si pleuritis vel peripneumonia supervenerint, ferè semper moriuntur.* Le même auteur regarde la dysurie comme un symptôme favorable chez les asthmatiques. *Rhazès* prétend avoir obtenu des guérisons par des apostèmes aux cuisses et aux jambes. Il est permis de révoquer en doute ces cures merveilleuses, et nous ne croyons pas qu'on pût aujourd'hui en obtenir de semblables par les mêmes moyens, dans un cas

d'asthme bien caractérisé. Pour terminer tout ce qui a rapport au prognostic, il est utile d'ajouter que le peu d'ancienneté de la maladie et les longues rémissions des accès sont ordinairement d'un bon augure.

6.° *Anatomie pathologique.*

Chez les sujets morts à la suite ou pendant un accès d'asthme nerveux, on n'a trouvé aucune espèce de lésions organiques ; seulement on a cru remarquer que le volume des poumons était moindre, et que ces organes étaient comme revenus sur eux-mêmes ; mais chez ceux qui ont succombé à une affection dont l'asthme n'était qu'un des symptômes, on a constamment observé, dans la poitrine, des désordres plus ou moins considérables, le plus souvent des anévrismes actifs du cœur, avec des concrétions osseuses à l'origine de l'aorte et un engorgement sanguin des poumons. C'est du moins ce qui résulte des autopsies faites à la Salpêtrière sous les yeux de M. *Rostan*.

7.° *Traitement.*

Nous avons déjà dit qu'il était difficile d'obtenir une cure radicale chez les asthmatiques, et, en effet, on ne peut guère que pallier par des moyens adoucissans les différentes affections chroniques qui déterminent le plus souvent chez eux la gêne de la respiration. On sait que la plupart des vieillards qu'on regarde comme asthmatiques meurent avec des catarrhes pulmonaires très-invétérés. Or, que peut faire l'art dans ces circonstances, si ce n'est rendre aux malades la vie plus supportable ? *Totum quod ars efficere possit*, dit Wan-Swiéten, *est ut mali incrementum differat, et aliquantùm magis tolerabilem vitam reddat miseris.*

Dans toute espèce d'asthmes, il y a deux indications principales à remplir : soulager le malade pendant les accès, et chercher à prévenir, ou du moins à éloigner leur retour. Pendant les accès, il

convient de donner au malade une position presque verticale, et de le placer en face d'une fenêtre ouverte, s'il n'est pas en sueur, afin qu'il puisse respirer plus librement. Il faut aussi enlever les vêtemens trop serrés qui pourraient gêner les mouvemens de sa poitrine, le soustraire à toute espèce d'émanations irritantes, lui prescrire un repos absolu, et faire retirer les personnes inutiles dont la présence, dans un appartement étroit, ne peut que vicier l'air qu'on y respire. Si le ventre est gonflé et tendu, s'il y a constipation, on fait administrer un lavement avec une décoction d'herbes émollientes où l'on a mis infuser deux gros de séné et un gros d'assa-fœtida dissous dans un jaune d'œuf. On emploie aussi avec avantage, dans les cas de flatuosités, les lavemens préparés avec le petit-lait et les fleurs de camomille. Lorsqu'on présume que le danger de la suffocation tient à la difficulté que le sang éprouve à traverser les poumons, et que le sujet est assez fort pour supporter la saignée, c'est un moyen qu'il ne faut pas négliger. Tous les auteurs la recommandent dans les violens accès, entre autres *Bosquillon*, qui pense que la faiblesse du pouls ne doit pas arrêter le médecin, parce qu'elle n'est que l'effet du spasme qui intercepte la circulation, et qu'aussitôt après la saignée le pouls se relève. Cependant elle ne doit être pratiquée qu'avec une extrême circonspection, et seulement dans les premiers accès. Ce précepte est particulièrement applicable aux vieillards, que les évacuations sanguines affaiblissent singulièrement, et chez lesquels elles déterminent souvent la diathèse séreuse, tout en modérant les symptômes de suffocation.

S'il y a suppression d'un flux habituel, par exemple, des menstrues ou des hémorrhoïdes, on peut appliquer des sangsues à la vulve ou à l'anus. En même temps on donne des boissons légèrement aromatiques, comme les infusions de sauge, de mélisse, de menthe, d'hyssope, de lierre terrestre, édulcorées avec l'oxymel scillitique ou avec quelque sirop adoucissant, afin de faciliter l'expectoration. Lorsque l'irritation prédomine, on doit préférer les boissons émollientes et un peu laxatives, le petit-lait, l'eau de veau, l'eau de poulet, la décoction d'orge miellée, etc.

On a regardé l'ipécacuanha en substance presque comme un spécifique dans la maladie qui nous occupe, et l'on a cru qu'il agissait moins comme vomitif que comme antispasmodique et relâchant. Quelques praticiens conseillent de l'administrer tous les matins à la dose de quatre à cinq grains dans une infusion théiforme, ou trois fois par jour sous forme de pilules, et combiné avec la scille et le nitrate de potasse. On calme la toux, lorsqu'elle existe, au moyen des juleps béchiques, des potions gommeuses, des looks, auxquels on peut ajouter au besoin deux ou trois grains de kermès minéral.

Les purgatifs diminuent rarement l'embarras des vaisseaux pulmonaires, et ne conviennent pas aux asthmatiques, que des déjections trop considérables épuisent rapidement.

Quoique les doux vomitifs soient indiqués contre la flatulence de l'estomac et autres signes de mauvaise digestion, il serait dangereux de les administrer au moment d'un accès, parce que les efforts de vomissemens ne pourraient qu'augmenter la congestion qui tend à se faire sur les poumons.

L'opium, l'éther nitrique, la liqueur minérale d'*Hoffmann*, le camphre, les eaux distillées aromatiques, s'emploient avec succès comme antispasmodiques dans les accès d'asthme convulsif. Quelques malades se sont bien trouvés des frictions faites avec ces mêmes eaux le long de la colonne vertébrale.

L'application des exutoires à la poitrine, à la nuque ou entre les épaules, est rarement utile, et ne réussit que dans le commencement de la maladie. Nous ne prétendons pas cependant qu'il faille rejeter la contre-irritation. On peut quelquefois obtenir de grands avantages par les sinapismes aux pieds, par les pédiluves sinapisés, par les vésicatoires ou les cautères appliqués aux cuisses, aux jambes, etc.

Pressé par des circonstances indépendantes de notre volonté, nous ne faisons qu'indiquer ici les principaux moyens que réclament les accès d'asthme dans leur imminence, et nous passons de suite

au traitement qu'on doit mettre en usage dans l'intervalle de ces mêmes accès.

Ce traitement consiste tout entier dans l'observance exacte des lois de l'hygiène ; ainsi il faut éviter les changemens brusques de l'atmosphère, les émanations irritantes, les odeurs fortes, l'air des salles encombrées par un grand nombre d'individus, les appartemens trop étroits et fortement chauffés.

La poitrine ne doit point être gênée dans ses mouvemens par des vêtemens trop serrés, des couvertures trop pesantes. Il faut que le lit présente un plan incliné de la tête aux pieds, de manière que le malade y soit plutôt assis que couché horizontalement. Il doit éviter d'y rester long-temps, et préférer les matelas de laine à la plume et au duvet.

La nourriture doit être légère et sans excès. Il convient de s'abstenir des alimens farineux, qui dégagent beaucoup de vents, des boissons susceptibles de fermenter dans l'estomac, des liqueurs spiritueuses, du café, du thé, des viandes fumées et salées, des mets épicés, des ragoûts, des pâtisseries, etc. ; enfin il faut observer la plus grande tempérance, surtout au repas du soir, dont il vaudrait même mieux se passer tout-à-fait.

Il est bon d'entretenir une douce transpiration à la peau, de se soustraire à toutes les causes qui pourraient supprimer une excrétion habituelle, de tenir le ventre libre par de doux minoratifs et par des lavemens émolliens, de favoriser la sécrétion des urines par des boissons nitrées, de faire suppurer les exutoires établis, enfin de pratiquer de temps en temps de petites saignées générales ou locales, surtout s'il y a des signes manifestes de pléthore.

Quand les forces et la saison le permettent, on conseille aux malades un exercice doux et modéré au grand air, des occupations qui les distraient agréablement, et les empêchent de songer au retour de leurs accès ; des promenades à pied, ou dans des voitures bien suspendues et sur un sol uni. On les engage à abandonner leurs professions, si elles ont une influence évidente sur leur santé, et à

éviter avec le plus grand soin tout ce qui pourrait leur causer des émotions vives et troubler ainsi leur tranquillité morale.

Lorsque, malgré toutes ces précautions, la diathèse séreuse survient, le cas est très-grave, et il y a peu d'espoir de conserver la vie du malade. On combat l'infiltration par les diurétiques, le nitrate et l'acétate de potasse, le vin amer, l'hydromel nitré, l'infusion de baies de genièvre, etc. On a vanté, dans ce cas, les bons effets de la digitale comme diurétique. *Sénac* conseille de varier tous ces moyens. C'est ici surtout que les purgatifs et les boissons laxatives sont quelquefois avantageuses. Si pourtant on échoue, comme il arrive le plus souvent, et que l'infiltration augmente, il ne reste plus qu'à pratiquer des mouchetures assez éloignées les unes des autres pour n'avoir point à redouter une inflammation ulcéreuse ou gangréneuse de la peau.

Nous n'avons pas établi de distinction entre l'asthme sec et l'asthme humide, parce que l'une de ces maladies n'est que la terminaison de l'autre, c'est-à-dire que l'asthme sec finit toujours par devenir humide.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. Oportet autem non modò se ipsum exhibere quæ oportet facientem, sed etiam ægrum, et præsentes, et externa. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect.* 2, *aph.* 3.

III.

Mulieri, menstruis deficientibus, è naribus sanguinem fluere, bonum. *Sect.* 5, *aph.* 33.

IV.

Renum et vesicæ dolores difficulter sanantur in senibus. *Sect.* 6, *aph.* 6.

V.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

VI.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. *Sect.* 8, *aph.* 6.